

Reisemedizinische Beratung

Bitte vor der Beratung ausfüllen

Urlaub Rucksackreise Dienstreise Langzeitaufenthalt Schiffsreise

Name: _____ Zielland/Länder: _____

Beruf: _____

Geburtstag: _____

Wohnort: _____ Reisebeginn: _____

Straße: _____ Reisedauer: _____

1.1 Bestehen Allergien, wenn ja welche? _____

1.2 Besteht eine Hühnereiweißallergie? _____

2. Sind Sie schwanger? _____

3. Traten bei früheren Impfungen
Komplikationen auf? _____

4. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen
Anzeichen einer Erkrankung? _____

5. Leiden oder litten Sie an ernsthaften
Erkrankungen? _____

6. Nehmen Sie Medikamente ein? _____

7. Haben Sie in den letzten 4 – 12 Wochen
Impfungen erhalten? Wenn Ja welche? _____

8. Waren Sie schon häufiger oder länger
In den Tropen? _____

Die Kosten für die Reisemedizinische Beratung sowie die Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen.

Wir bitten in Ihrem Interesse, die Kostenübernahme Ihrer Krankenkasse bzw. Ihres Arbeitgebers vorab zu prüfen.

Gebühren für die reisemedizinische Beratung und Impfung nach GOÄ:

<u>Impfberatung</u> (Überprüfung des Impfschutzes, Überprüfung notwendiger Impfungen, Eintragung in den Impfpass)	GOÄ 3	(2,3 – 3,5 fach) je nach Aufwand	20,11 - 30,66 €
<u>Je Impfung</u>	GOÄ 375	(2,3 fach)	10,72 €
<u>Ggfs. symptombez. Untersuchung</u>	GOÄ 5	(2,3 fach)	10,72 €

Zuzüglich entsprechender Impfstoff

Um Ihr Anliegen bestmöglich bearbeiten zu können, geben Sie diesen Bogen und Ihren Impfausweis bis spätestens eine Woche vor Ihrem Impfberatungstermin zur Praxis zurück.

(Datum/Unterschrift)

Impfplan für die Reise nach _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Für die Reise empfohlen	Impfung	Grund-immunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderliche Impfungen	Impfplan			
		ja	nein		1. Termin	2.Termin	3.Termin	4.Termin
					Datum	Datum	Datum	Datum
<input type="checkbox"/>	Tetanus							
<input type="checkbox"/>	Diphtherie							
<input type="checkbox"/>	Polio							
<input type="checkbox"/>	Pertussis							
<input type="checkbox"/>	Masern							
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A							
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B							
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A+B							
<input type="checkbox"/>	Typhus							
<input type="checkbox"/>	Tollwut							
<input type="checkbox"/>	Meningokokken							
<input type="checkbox"/>	Cholera							
<input type="checkbox"/>	Jap. Enzephalitis							
<input type="checkbox"/>	FSME							
<input type="checkbox"/>	Grippe							
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken							
<input type="checkbox"/>	Gelbfieber*							
<input type="checkbox"/>								

*Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen

Malaria-Prophylaxe <input type="checkbox"/>	Malaria-Standby <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Malarone	<input type="checkbox"/> Doxycyclin	<input type="checkbox"/> Resochin	<input type="checkbox"/> Lariam
---------------------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Anmerkung: _____

Garrel, den _____

____ Dr.med. S. Goubeaud (FÄ Allgemeinmedizin) / N. Nannen ____

____ Unterschrift Patient ____